

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 17

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Germaine CHEVILLON

Né le 14 avril 1899 à Paris
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DE LA

TUBERCULOSE DES ANNEXES
DE L'UTÉRUS

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1933

71

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Germaine CHEVILLON

Né le 14 avril 1899 à Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DE LA

TUBERCULOSE DES ANNEXES
DE L'UTÉRUS

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	N...
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE, HOVELACQUE.
	MULON et VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROcq . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE. . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé . . .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
bation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LENORMANT

Au Docteur BERNARD DESPLAS

A Monsieur le Professeur agrégé MOULONGUET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
(Stages et Externat)

Monsieur le Professeur GOSSET.

Monsieur le Professeur CHAUFFARD (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur PARMENTIER.

Monsieur le Docteur FREDET.

Monsieur le Docteur BOLDIN.

Monsieur le Professeur agrégé ALGLAVE.

Monsieur le Docteur LESAGE.

Monsieur le Professeur LECÈNE (*in memoriam*).

A Messieurs les Docteurs CHEVRIER, AUBRY

INTRODUCTION

L'anatomie pathologique de la tuberculose annexielle est étudiée depuis longtemps : ce n'est pas un sujet nouveau. C'est simplement un sujet qui va être, bientôt d'actualité. En effet, nous avons appris que la tuberculose génitale de la femme ferait prochainement l'objet d'un rapport au Congrès de Gynécologie.

Nous nous contenterons de faire, ici, une classification basée sur les rapports du péritoine tuberculeux avec les annexes tuberculeuses, d'étudier les différentes formes ainsi décrites, de donner quelques observations et enfin nous terminerons par un rapide chapitre sur la nécessité des examens de laboratoire en présence de ces annexites.

Nous sommes heureuse de remercier ici, M. le Pr agrégé Moulonguet qui fut, à côté de M. le Pr Lecène, notre Maître dans l'étude de l'anatomie pathologique, qui n'a cessé d'être, pour nous, d'une grande bienveillance et qui nous a donné le sujet de cette thèse.

La tuberculose annexielle est la plus fréquente des tuberculoses génitales de la femme. Elle survient, en général chez des femmes, jeunes, de 20 à 30 ans, qui, à la faveur d'une infection génitale quelconque : gonococcique ou autre, ou à la suite d'une grossesse, font une tuberculose annexielle évolutive. Il est à noter, aussi, que ces femmes ont fréquemment présenté dans leur enfance des signes d'imprégnation tuberculeuse.

La pathogénie de la tuberculose génitale, comme aussi les relations pathogéniques entre elle et la péritonite tuberculeuse, sont des questions très intéressantes, mais nous croyons que rien de nouveau n'est venu infirmer la conclusion à laquelle M. le P^r Lenormant est arrivé :

« La tuberculose génitale est très exceptionnellement primitive, c'est-à-dire seul foyer tuberculeux de l'organisme. Elle se développe par le mécanisme de l'inoculation sanguine aux dépens d'une lésion première de tuberculose qui peut être active ou éteinte, apparente ou larvée ».

Nous n'étudierons ici que la question de l'anatomie pathologique de la tuberculose annexielle.

Si, au propre sens du terme la tuberculose annexielle n'est pas une tuberculose primitive, pratiquement c'est-à-dire en clinique, elle évolue comme le foyer principal, celui qui menace la vie ; de telle sorte qu'il est néces-

saire de dire tout d'abord, pour compléter les conclusions étiologiques que nous avons données plus haut : la tuberculose annexielle est très souvent le seul foyer bacillaire en évolution et c'est une lésion grave ; c'est donc une tuberculose chirurgicale, là sont la raison et l'intérêt de cette étude anatomo-pathologique.

La tuberculose annexielle manque souvent, cliniquement, de caractères spécifiques. L'anatomie pathologique l'individualise, en assure le diagnostic, justifie le traitement opératoire, en règle la technique et en explique les suites.

L'examen microscopique des lésions annexielles pose un diagnostic de certitude de tuberculose mais nous croyons que l'examen macroscopique des lésions est aussi très important, c'est du reste par lui qu'on peut faire la classification des cas de tuberculose annexielle.

CLASSIFICATION

Le processus tuberculeux produit, comme partout ailleurs, des lésions très polymorphes au niveau des annexes.

Nous n'adopterons pas la classification basée sur le type des lésions tuberculeuses prédominantes, car cette classification ne met pas en valeur le point qui est essentiel, savoir : les relations de l'annexite tuberculeuse avec la péritonite tuberculeuse.

A ce point de vue qui nous paraît capital il y a deux formes typiques.

1° *Coeexistence d'une péritonite ascitique avec lésions discrètes de tuberculose salpingienne ;*

2° *Tuberculose infiltrée, grave, des annexes avec réaction plastique, inflammation ou bacillaire de la séreuse de voisinage.*

Nous décrirons d'abord ces deux formes, tout en signalant, à côté de ces types extrêmes, les formes de passage, formes de passage prouvant l'unité de la maladie.

Nous étudierons ensuite :

L'abcès froid tubaire et l'hydrosalpinx tuberculeux.
Ce dernier, très rare.

Nous insisterons sur les lésions tubaires qui sont les principales.

Nous signalerons *les lésions ovariennes* qui peuvent, exceptionnellement exister isolées.

1° Péritonite tuberculeuse avec tuberculose génitale

Ce qui domine dans ces cas :

C'est la tuberculose miliaire péritonéale et c'est l'ascite.

— Parfois la lésion de la séreuse est si discrète que Cruveilhier décrit l'ascite essentielle des jeunes filles faite de 5 à 10 litres de liquide citrin jaune ou verdâtre.

— Ou bien la séreuse congestionnée, rouge foncé est couverte du semis serré de grains de mil au milieu desquels on voit, en les cherchant, les granulations grises très fines, demi-transparentes.

— Enfin il peut y avoir des éléments jaunâtres gros comme des grains de maïs ou comme des noisettes et, de place en place des fausses membranes grisâtres ou des surfaces dépolies rouges ou même des plages de coalescence entre deux viscères ; dans ces cas, l'ascite est souvent louche, puriforme ou bien sanguinolente. Elle est partiellement cloisonnée par des membranes glutineuses ou bien dans des loges inter-viscérales qui s'isolent de la grande cavité : ce sont, en somme, les lésions de péritonite tuberculeuse en voie d'organisation plastique.

Ce n'est qu'à une époque relativement récente qu'on s'est avisé de rapporter à une lésion des annexes de l'uté-

rus ces lésions de la grande séreuse et, il faut bien le dire, ce sont surtout des arguments cliniques et thérapeutiques qui résolurent le problème d'anatomie pathologique.

Après évacuation de l'ascite on trouve des granulations en plus grand nombre sur la séreuse du pelvis que partout ailleurs. *Plus spécialement même, ces tubercules sont groupés sur la trompe.* De plus, les trompes sont longues et par conséquent flexueuses, grosses comme un gros doigt et à la pression on peut faire sourdre du pus par l'orifice du pavillon. La séreuse qui recouvre la trompe est œdémateuse, grisâtre ou au contraire, haute en couleur, rouge foncé. Il est de règle qu'elle porte de nombreuses granulations confluentes grises, petites comme une demi-tête d'épingle ou jaunâtres et grosses comme des grains de semoule qui toutes font une légère saillie sur sa surface et lui donnent l'aspect granité.

Le ligament large est généralement intact, mince et souple, laissant aux annexes leur mobilité ordinaire.

L'ovaire est ordinairement intact, sous les lésions de périovarite.

Coupe de la trompe :

Le contenu ordinaire de la trompe est en général du pus, parfois c'est un liquide laiteux, blanc, qui peut tenir en suspension des filaments ou des grumeaux. Lorsqu'on veut ouvrir la trompe il est souvent difficile d'en cathétériser la lumière tant elle est encombrée par les plis hypertrophiés de la muqueuse.

Le paroi musculaire est un peu épaissie.

La muqueuse est tomenteuse, congestionnée, œdémateuse, ulcérée par place. Les tubercules sont constants dans la muqueuse mais la disposition villose et foliée de sa surface empêche d'ordinaire qu'on les voie à l'œil nu.

Evolution : L'évolution de la tuberculose miliaire et ascitique est variable.

Elle peut guérir ou bien elle aboutit, après résorption de l'ascite le plus ordinairement, à la tuberculose infiltrante ulcéro-caséuse.

HISTO-PATHOLOGIE :

L'étude histologique de la tuberculose annexielle est particulièrement instructive dans la forme qui nous occupe actuellement puisque les lésions y sont telles que la structure des organes est encore reconnaissable ; dans l'infiltration tuberculeuse au contraire le processus ulcéro-caséux aura détruit tout vestige de la structure organique pour ne laisser que des lésions folliculaires banales au milieu de vastes champs dégénérés.

Les lésions de la trompe nous occuperont seules, ici.

Lésions de la muqueuse :

La *tuberculose* est d'abord *muqueuse*, c'est-à-dire que les *nodules* apparaissent dans le chorion qui forme le substratum du revêtement épithélial et le squelette des plis tubaires.

Nodule typique fait de la cellule géante, homogène avec sa couronne régulière ou son hémicycle de noyaux, entourée d'une zone de cellules ayant subi la dégénérescence épithélioïde et d'une zone plus externe, mal circonscrite de lymphocytes, infiltration irrégulière et

diffuse de toute la muqueuse par des cellules mononucléées et des plasmocytes ; tel est l'aspect général de ces lésions.

Les vaisseaux capillaires sont dilatés, très nettement congestionnés, et souvent il existe des infiltrats péri-vasculaires.

Tous les auteurs insistent sur la localisation primaire de la tuberculose dans la zone la plus superficielle de la muqueuse et notent que sa zone profonde (qu'ils nomment parfois sous-muqueuse) est intacte quand les lésions sont discrètes (Cornil-Ménétrier). Le bacille de Kock est d'ordinaire très rare, localisé exclusivement dans quelques cellules géantes.

A cette période l'épithélium est intact « il est très bien conservé » (Cornil).

« A cette période l'épithélium est à peu près intact » (Delbet).

Ce n'est que tardivement qu'il desquame au contact des follicules et que se constituent les érosions par où s'éliminent les produits caséeux et les leucocytes tués, origine du pus que l'on trouve dans la lumière de la trompe.

Lésions de la musculuse et de la séreuse :

La musculuse est normale, sclérosée seulement ou oedémateuse. Weinberg et Arnal notent cependant que « dans la couche externe les vaisseaux lymphatiques présentent des lésions très nettes de lymphangite probablement tuberculeuse, cependant sans cellules géantes ni bacille de Koch ».

Quant à la sous-séreuse elle montre souvent des nodules analogues à ceux que nous avons décrits dans la muqueuse, groupés en petits amas pour constituer les granulations sous-endothéliales qu'à l'œil nu on voyait. Ainsi (Legueu et Verliac) décrivent des lésions intéressant les couches sous-péritonéale et muqueuse, respectant la musculuse et consistant en tubercules jeunes sans dégénérescence caséeuse.

Y a-t-il des observations de tuberculose salpingienne exclusivement localisée à la séreuse ? ou du moins existe-t-il des preuves que certaines salpingites tuberculeuses, avant d'être telles, aient été primitivement localisées à la séreuse ?

De l'analyse que nous avons faite, de toutes les observations que nous avons pu consulter, il résulte que nous n'avons pas trouvé une seule étude histo-pathologique où fussent décrits des nodules tuberculeux sous-séreux en l'absence de nodules muqueux. Très fréquemment leur coexistence est notée, parfois la muqueuse en renferme seule, jamais la séreuse.

En l'absence de faits il n'est pas possible d'individualiser une forme séreuse de la tuberculose tubaire.

Il est probable cependant que la granulie péritonéale atteint ce territoire-là à l'égal des autres et que la muqueuse n'est pas toujours infectée, mais étant donné le grand nombre d'examen qui ont été faits et les résultats que nous venons de dire, il est certain que la muqueuse de la trompe tient dans l'étiologie de la tuberculose génito-péritonéale une place spéciale et de première importance.

Relations entre la tuberculose génitale et la tuberculose péritonéale.

Nous nous rangerons à l'idée suivante, basée sur la clinique et la thérapeutique, mettant de côté toute pathogénie et nous gardant de généraliser (l'exemple de la péritonite ascitique chez l'homme devant nous en empêcher) :

La tuberculose des trompes s'inocule au péritoine, la suppression des annexes peut être moyen de prévenir les récidives de l'ascite.

**2° Infiltration tuberculeuse des annexes
avec réaction plastique périannexielle**

C'est la tuberculose ordinaire des annexes, comme du poumon, comme des articulations.

Elle frappe d'abord la trompe et elle y évolue sur place jusqu'à la destruction, c'est une tuberculose maligne.

Puis elle gagne à l'entour : péri-salpingite, pelvi-péritonite sont des étapes successives et constantes ; inconstamment elle envahit l'ovaire et elle risque d'inoculer la muqueuse utérine. Enfin elle est à l'origine de la plupart des tuberculoses péritonéales de la femme.

Dans la trompe l'infiltration tuberculeuse est, comme partout, *inflammatoire, ulcéreuse, extensive* et *caséuse*. C'est dans le chorion de la muqueuse, dans la charpente des plis tubaires qu'apparaissent les nodules tuberculeux tout d'abord. Ils se multiplient en partant de là. Leur évolution donnera la raison des lésions graves et

étendues que l'on trouve décrites dans les protocoles d'autopsies et d'interventions chirurgicales.

Inflammatoire, la tuberculose cause : congestion et œdème, l'épaississement et la turgescence de la trompe, l'hypertrophie de la muqueuse dont les plis s'enchevêtrent. L'inflammation dépasse vite les limites de l'organe, ce n'est qu'au début qu'on peut le voir isolé et mobile et à cet aspect fugace succède la fixation par des adhérences péritonéales en même temps que par la phlegmasie du tissu cellulaire pelvien. Le cordon tubaire disparaît alors dans le bloc indistinct des organes du petit bassin, accolés.

Ulcéreuse, la tuberculose détruit la muqueuse au contact de laquelle elle est, dès le commencement. Elle détruit : soit le pavillon, il est érosif et se soude bientôt là où il adhère, soit l'ampoule, elle contient d'abord une sérosité blanchâtre sécrétée par irritation, ensuite du pus ou de la matière caséeuse : produits tuberculeux qui s'y sont déversés.

Extensive, la tuberculose traverse les tuniques salpingiennes, elle s'inocule à courte distance par les voies lymphatiques et bientôt, les nodules apparaissent dans le ligament large gagnant par l'aileron postérieur le hile de l'ovaire, mais surtout, suivant les adhérences inflammatoires, envahissent les fausses membranes péritonéales et la paroi des organes : rectum, côlon sigmoïde, anses grêles, utérus, venus au contact et soudés. Ce sont là des blocs lardacés faits de tissus dégénérés où les viscères ne sont pas toujours reconnaissables et qui remplissent tout le petit bassin : véritable tuberculose pelvienne.

Enfin la tuberculose est *caséeuse* : les nodules suivant l'évolution qu'ils ont dans les tuberculoses malignes (et la tuberculose des annexes est de celles-là) se nécrosent et deviennent la matière caséeuse ou le pus froid.

Il faut noter, -au contraire, la rareté de l'évolution fibreuse ; jamais on ne rencontre dans le pelvis les tissus fibro-adipeux, durs, qui englobent, par exemple, certaines adénites tuberculeuses et qui sont surtout si fréquents dans certaines tuberculoses du gros intestin au niveau du cæcum et du rectum.

Donc dans la trompe et dans les adhérences lardacées les nodules confluent deviennent des plages caséeuses qui, souvent, s'abcèdent en cavernes à demi remplies de pus. Entre les anses intestinales et les annexes, des abcès froids se forment.

Dans l'ovaire l'évolution est particulièrement rapide et les abcès sont multiples, parfois réunis en une géode irrégulière. Enfin les tubercules qui ont évolué près de la lumière de la trompe y déversent un pus épais ou un mastic ; il s'en écoule sans doute dans le péritoine si l'ostium abdominale reste ouvert (et c'est un des modes de contamination de la séreuse).

Si la trompe se ferme, et c'est fréquent, le PYOSALPINX tuberculeux se constitue.

Avant d'étudier longuement cette forme purulente qui est la plus fréquente, nous signalerons divers aspects moins ordinaires que les chirurgiens, surtout, ont constatés et décrits :

- la salpingite catarrhale ;
- la salpingite parenchymateuse ,

— les papillomes tubaires.

Ainsi nous suivrons l'ordre évolutif car ces formes rares sont plutôt des exemples de lésions au début et il n'est guère de tuberculoses annexielles qui n'aboutissent au pyosalpinx.

A. — Salpingite catarrhale.

C'est, moins l'ascite, tout le tableau des lésions miliaires et congestives que nous avons décrites précédemment; mêmes granulations sur le péritoine pelvien, mêmes grosses trompes flexueuses avec, à la coupe, hyperplasie muqueuse et sécrétions muco-purulentes. Parfois l'appendice adhère aux annexes droites.

C'est en quelques sorte une forme de passage entre la tuberculose miliaire ascitique et la tuberculose grave infiltrée.

B. — Salpingite parenchymateuse.

Ici toutes les étapes sont franchies, la lésion est du type adulte; toutes les extensions et toutes les dégénérescences sont réalisées, sauf l'oblitération de l'ostium tubaire et la dilatation consécutive de la cavité par le pus. Cette forme consiste en un épaissement considérable de la paroi sans distention de la trompe tandis que, par ailleurs, les lésions pelviennes sont les mêmes, aussi étendues et aussi graves que celles que nous décrirons autour du pyosalpinx.

La cavité est réduite par l'hyperplasie et la soudure des plis enchevêtrés, elle est enduite de pus épais pareil à du fromage blanc. Parfois même il est quasi impossi-

ble de retrouver la lumière tubaire ; entre les plis subsistent des diverticules qui donnent à l'organe, sur la coupe, un aspect aérolaire.

L'épaisseur totale de la paroi atteint ou dépasse un centimètre ; elle est d'ailleurs difficile à apprécier exactement car les limites de la trompe sont imprécises en dehors, confondue qu'elle est avec les zones infiltrées, lardacées, du ligament large et des coalescences interviscérales. Dans ces tissus on peut remarquer : les granulations, les tubercules crus, les foyers caséux, les petits abcès. Toutefois ils peuvent être discrets et ainsi le diagnostic de tuberculose ne pas s'imposer avec évidence. Une lésion fréquente consiste en la présence d'un petit abcès collecté entre l'ovaire et la trompe ou bien entre la paroi et dont le pavillon forme en partie l'enveloppe.

Une bonne description de ces lésions de la salpingite parenchymateuse est due à Soubeyran.

C. — Papillomes de la trompe.

C'est dans la salpingite tuberculeuse à lésions discrètes sans grande réaction périsalpingienne, forme jeune sans doute, qu'on a rencontré des productions papillomateuses de la muqueuse et même un véritable polype. Ce n'est là, au reste, que l'exagération de cette hyperplasie des plis muqueux que nous avons plusieurs fois signalée.

Maclairé et Weinberg (SA 02) ont enlevé à une femme de 30 ans une trompe gauche du volume du pouce à parois épaisses, dans l'intérieur de laquelle un polype

bifide, long de 3 cm. était implanté par un pédicule étroit. Il baignait dans un liquide blanchâtre. Au microscope c'était dans l'axe muqueux du polype des lésions tuberculeuses typiques et une grosse réaction inflammatoire.

D. — **Pyosalpinx tuberculeux.**

C'est, comme nous l'avons déjà dit, la forme la plus fréquente de tuberculose purulente des annexes. A son propos nous étudierons les lésions tubaires et péritonéales telles qu'elles apparaissent dans les interventions par laparotomie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE OPÉRATOIRE :

Tout d'abord : dans la plupart des observations il est dit qu'à l'ouverture de l'abdomen l'épiploon est rougeâtre, adhérent en bas à une masse dès l'abord indistincte, faite de viscères accolés.

L'épiploon écarté, on trouve un plan d'anses grêles adhérentes entre elles et à la vessie et cachant les organes génitaux. Il est, de plus, fréquent, mais il n'est pas constant de rencontrer sur le péritoine de ces anses grêles des granulations miliaires ou grises caractéristiques de la tuberculose.

Pour franchir ce premier plan intestinal il faut rompre les *adhérences péritonéales*.

Ces adhérences sont tantôt filamenteuses et ténues, soit courtes par plages, soit longues, vélamenteuses constituant de faux replis séreux : elles sont ici inflammatoires, il est aisé de les détruire.

Tantôt, parce que la malade a eu pendant l'adolescence une tuberculose péritonéale, elles sont sèches, fibreuses, indéchirables au doigt, on doit les disséquer une à une ; ce sont des séquelles de tuberculose guérie. Plus souvent la lésion bacillaire est en activité dans les agglomérats de fausses membranes ; les adhérences sont charnues, œdématisées et grisâtres ; très vasculaires elles saignent à la coupe ; les plages de coalescence libérées montrent des points jaunes ou des abcès.

Les parois du tube digestif sont épaisses, granuleuses, grisâtres, très fragiles ; elles sont envahies par la tuberculose. Leur déchirure est à craindre.

Collections péritonéales : Il est fréquent qu'au cours de la libération, des noyaux caséeux ou des abcès froids péritonéaux, petits ou gros, aient été ouverts. Ce peut même être de véritables poches purulentes. Le contenu est peu épais. Ces abcès péritonéaux peuvent être fistulisés nous reviendrons sur ce point.

Fréquemment on rencontre des collections ascitiques limitées par des parois irrégulières faites d'organes, réunies par des adhérences. Sur ces parois on voit des tubercules miliaires qui expliquent l'exsudation du liquide épanché.

Il semble qu'il est un troisième type de collections péritonéales au cours de la tuberculose génitale : exsudat inflammatoire non tuberculeux, tel qu'il s'en forme au cours des pelvi-péritonites gonococciques.

Il répond à des poussées subaiguës ou à des surinfections banales ; ce qui tendrait à le démontrer c'est la rapidité de survenue de telle collection et la poussée fé-

brile qui la manifeste en même temps que les douleurs et l'augmentation surprenante des tumeurs pelviennes.

Utérus : A travers ces adhérences, ces collections, ces abcès on arrive enfin sur le contenu pelvien où les lésions sont d'ordinaire symétriques et partout étendues, de sorte que l'excavation est exactement remplie de tumeurs et d'organes confondus.

La vessie est reconnaissable à son aspect de paroi mince et souple, la tuberculose génitale ne s'étend pas à la vessie.

Le fond utérin souvent déplacé à droite ou à gauche par les masses annexielles, en tous cas très fixé à ses alentours, masqué par des tubercules de sa séreuse il se distingue mal des tuméfactions mamelonnées et pareilles à lui qui l'entourent. Le plus souvent il doit être cherché sous le bord postérieur de la vessie qui lui forme comme un capuchon.

C'est, en effet, que l'utérus est fréquemment petit dans la tuberculose génitale, frappé d'une véritable hypoplasie.

Annexes : Les annexes sont le plus souvent en position basse prolabées dans le Douglas où les entraînent les lourdes collections tuberculeuses. La dilatation des trompes permet de les reconnaître au milieu de la masse des agglomérats pelviens : comme l'infection y débute dans le segment externe, c'est aussi dans l'ampoule ou dans le pavillon fermé par l'agglutination de ses franges que se collectent la matière caséuse et le pus ; l'isthme dans l'immense majorité des cas a son volume normal ;

mais les deux parties sont masquées par les fausses membranes péritonéales.

Donc enfouis, bridés par les adhérences, les pyosalpinx tuberculeux n'apparaissent pas lisses et ovoïdes ou du moins n'apparaissent ainsi qu'en quelque endroit de leur surface et c'est plutôt en cherchant les zones fluctuantes ou rénitentes avec le doigt qu'on peut les distinguer et les délimiter.

Ordinairement ces lésions sont bilatérales et les deux trompes dilatées et rapprochées l'une de l'autre sont situées entre le fond utérin et le rectum, leur volume peut être énorme ; c'est un véritable « abcès froid pelvien développé aux dépens des annexes » comme dans l'observation de Jourdan et Etienne.

Dans le cas de pyosalpinx inclus dans le ligament large la tuméfaction est franchement latérale, masquée et profonde ; il en est de même dans les cas de pseudo inclusion qui ne sont pas rares, tandis que la véritable position intraligamentaire est exceptionnelle.

Enfin il est un aspect spécial à la tuberculose purulente des trompes c'est l'existence d'une collection médiane prévertébrale dans laquelle viennent aboutir les deux trompes.

Auvray (SA 04) « trouve l'utérus dévié en arrière puis aperçoit une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde situé à la hauteur du promontoire, un peu à droite de la ligne médiane et maintenue dans cette position par des adhérences qui l'unissaient aux parties voisines. Les deux trompes parties des cornes de l'utérus et dirigées de bas en haut venaient se terminer à la sur-

face de la tumeur qui semblait formée du reste, par la dilatation de la trompe droite ; les deux trompes représentaient assez exactement dans leur ensemble une anse analogue à l'anse d'un panier suspendant l'utérus... L'examen fait par Cornil montra la purulence du liquide du grand kyste et la nature tuberculeuse des lésions parenchymateuses ».

Ce n'est là qu'une modification d'une disposition fréquente, c'est-à-dire l'adhérence intime des deux salpinx dans le fond du Douglas où ils sont tous deux tombés.

Morphologie : Suivant sa forme et son volume le pyosalpinx est comparé à un œuf, à une poire, à une tête de fœtus, s'il est peu allongé ; ou au contraire à un tube sinueux ou tortueux du calibre d'un gros doigt, à une banane, à une aubergine ou même à une anse grêle si la dilatation porte sur une longue étendue. Il est fréquent de lire dans les protocoles « la trompe se perd dans un abcès volumineux » ce qui indique sans doute une dilatation subite et une différence très accusée d'aspect entre les 2 segments.

Quant à la paroi du pyosalpinx, elle est blanche, épaisse, fibreuse et par conséquent résistante.

Réactions plastiques spéciales du péritoine : Il nous reste à signaler deux points de détail à propos de l'étude anatomique du pyosalpinx :

C'est d'abord les réactions péritonéales plastiques un peu exceptionnelles à son voisinage, sous forme de cordons monoliformes, coralliformes, partant de la trompe, ayant causé une occlusion intestinale (cas d'Albertin, 08) ; sous forme de papillomes très petits isolés ou par petits

groupes sur la séreuse d'une anse intestinale très adhérente à un gros pyosalpinx, cas de Tédénat et Romant (obs. II, 09), formations paraissant en rapport avec la tuberculose intestinale.

A l'examen histologique : Ces formations sont formées par du tissu conjonctif jeune contenant quelques cellules géantes et recouvert d'un endothélium tuméfié, pluristratifié en certains points.

En second lieu il y a parfois des relations entre un pyosalpinx droit et l'appendice, réunis par des adhérences ou même soudés en un seul bloc.

Contenu du pyosalpinx : A l'ouverture les pyosalpinx tuberculeux laissent écouler d'habitude un pus bien lié comme de la colle, jaunâtre ou verdâtre sans odeur.

Parfois ce pus a les caractères classiques de la suppuration froide : blanc, granuleux mal lié contenant des fragments de matière caséuse effilochée.

Enfin il est possible qu'il soit presque solidifié ayant la consistance du mastic on dit souvent « fromage blanc ou « dépôt jaunâtre ».

Evolution : a) *Fistules* : C'est après avoir ouvert ainsi la trompe dilatée et en étudiant la paroi interne qu'on peut reconnaître les fistules avec les organes voisins.

Fistule tubo-intestinales : La fistule peut être tuborectale, c'est la plus ordinaire, masquée par les adhérences qui l'entourent et constituent son trajet, elle est décelée au cours de l'intervention par l'écoulement du pus tubaire.

Fistule tubo-vésicale : C'est la fistule la plus rare.

Fistule tubo-cutanée : Enfin la trompe tuberculeuse peut être ouverte à la peau, fistule exceptionnelle survenant après opérations incomplètes.

Fistules péritonéales : Il est plus fréquent encore de trouver des fistules, non pas directement de la trompe dans les organes, mais péritonéo-rectales ou périnéo-vésicales ; on pourrait dire, *indirectes*, puisqu'il est bien entendu que c'est de la trompe, par propagation interstitielle ou par écoulement de pus que vient l'infection du péritoine.

Fistule péritonéo-vaginales : Elles sont très fréquentes, elles sont la terminaison ordinaire des colpotomies faites au cours de la tuberculose annexielle ; exceptionnellement au contraire, c'est l'ouverture spontanée d'un abcès dans le vagin.

Fistules stercorales : Grande est la fréquence de ces fistules. L'ouverture de l'intestin peut se faire avant, comme après une intervention ; elle est plus fréquente après. On comprend que le processus tuberculeux en détruisant la paroi intestinale puisse aboutir à la fistulisation spontanée (et le fait est fréquent dans l'évolution de la péritonite tuberculeuse à forme plastique et ulcéro-caséeuse) mais le plus souvent c'est à la suite de la mobilisation des anses, de la libération des adhérences qui calfataient l'intestin que l'ulcération se produit et que les matières passent par le vagin ou par la paroi abdominale.

Fistules péritonéo-cutanées et ulcérations tuberculeuses de la paroi : Conséquences d'interventions chirurgicales incomplètes, ou de drainage abdominal.

A côté de ces fistules on peut voir d'autres accidents compliquer la tuberculose des annexes ; ils sont moins fréquents et nous ne ferons que les signaler : les phlébites, les adénites, les occlusions intestinales par brides adhérentielles.

b) *Calcification* : C'est le mode de guérison du pyosalpinx mais il faut dire que c'est une évolution très rare. La guérison est marquée par l'évolution fibreuse et surtout la calcification. Du premier processus, nous n'avons pas trouvé de description nette ; du second il existe au moins une observation indiscutable de Jordan Lloyd (trompe obturée par un nodule calcaire au-delà duquel le segment distal est complètement atrophié) ; dans des observations relativement nombreuses, une calcification localisée où la présence de nodules crétacés est notée montre évidemment l'ébauche d'une défense organique ; mais cette défense restait insuffisante puisque l'évolution ulcéro-caséeuse continuait en d'autres points.

ETUDE MICROSCOPIQUE DE LA TUBERCULOSE INFILTRANTE :

Nous avons étudié longuement les lésions histologiques de la salpingite tuberculeuse miliaire, nous serons très brève sur celles de la forme infiltrante. Elles n'ont guère d'intérêt, les organes sont détruits et l'aspect microscopique est celui d'un tissu tuberculeux qui ne porte plus la marque de son origine. Du moins en est-il ainsi dans les cas ordinaires, graves et anciens.

Les follicules muqueux, que nous avons décrits comme les premiers, se multiplient tant vers la cavité, qui, bientôt est bordée d'une véritable membrane tuber-

culogène alimentant incessamment l'abcès froid, que sur la musculouse. Dans celle-ci apparaissent d'abord des infiltrats localisés, interfasciculaires, souvent centrés par un vaisseau ; ce sont ensuite des nodules tuberculeux typiques, à leur contact la sclérose et la dégénérescence ont vite fait de détruire les fibres musculaires : la couche moyenne n'est plus qu'une zone fibro-caséeuse ponctuée de cellules géantes. Cette transformation est d'autant plus rapide que des nodules sous-séreux sont fréquents dès le début et que se multipliant vers le centre, ils détruisent, pour leur part, la paroi de la trompe. La même évolution se produit dans les zones inflammatoires péri-salpingiennes : salpingite et péri-salpingite formant alors, nous l'avons déjà dit, un bloc indissociable. Champy signale que les tubercules ne sont pas entourés de tissus fibreux de réaction, parce qu'il s'agit d'un processus qui n'a aucune tendance à la cicatrisation.

ABCÈS FROID TUBAIRE

Forme individualisée en 1908 par Albertin tant au point de vue anatomique que clinique et qui consiste en une volumineuse collection purulente dans une trompe à paroi lisse exempte de granulations et d'adhérences ; ce serait une tuberculose à localisation stricte et élective de la muqueuse tubaire.

A vrai dire, il y a des formes de passage entre les grosses collections mobiles, très typiques et les pyosalpinx petits, noyés dans le magma, que nous avons dé-

crits. Il est des cas que l'on ne sait où classer. Là comme en toutes les subdivisions de cette étude l'unité de la maladie est rappelée par ces formes de passage.

L'abcès froid tubaire est une tuberculose bénigne non extensive.

Habituellement l'abcès froid est bilatéral. C'est de chaque côté de l'utérus un kyste à paroi blanc-bleuté ou grisâtre, paroi tout à fait comparable à celle de vieux kystes de l'ovaire, parfois énorme. Ce qui est le point important à noter c'est l'absence d'adhérences charnues fixant la tumeur; s'il y a quelques attaches ce sont des filaments allant aux anses intestinales et n'immobilisant jamais. Ces grosses collections libres ne restent pour ainsi dire jamais enclavées dans le petit bassin, elles remontent vers l'abdomen et c'est dans les fosses iliaques qu'on les trouve toujours.

Constitution : L'ostium abdominale a complètement disparu, le pôle externe du kyste est lisse et n'en montre même plus l'emplacement. La poche est donc rigoureusement close.

A l'ouverture : pus blanc sale, non lié, souvent grumeleux, ressemblant ainsi tout à fait à celui des abcès par congestion.

La muqueuse tubaire et ses plis sont complètement détruits, remplacés par une surface lisse, véritable membrane tuberculogène. La paroi de l'abcès peut être très épaissie, avec « îlots caséux disséminés entre des tractus fibreux et du tissu lardacé », mais d'ordinaire elle n'est pas plus épaisse que celle des kystes de l'ovaire et entièrement fibreuse.

Histologie : Les coupes histologiques montrent que la paroi est faite surtout d'une couche fibreuse qui a étouffé et complètement remplacé les éléments musculaires lisses. Dans ce tissu et dans la séreuse qui le recouvre, il n'y a souvent pas de nodules tuberculeux. Ceux-ci, rares, sont au bord de la cavité où ils se déverseront : c'est bien la structure d'une membrane tuberculeuse peu active.

L'aspect de ces abcès froids si particuliers soient-ils n'est cependant pas pathognomonique ; il existe des salpingites gonococciques qui offrent si bien cet aspect que le diagnostic étiologique ne peut être fait à simple vue.

C'est donc l'histo-pathologie ou mieux l'inoculation au cobaye qui donnent la certitude de la nature tuberculeuse.

Hydrosalpinx

La réalité d'un épanchement séreux intratubaire causé directement par une tuberculose de la muqueuse, est établie par quelques observations très peu nombreuses. Il faut pour qu'on ne soit pas tenté d'attribuer l'hydrosalpinx à une irritation inflammatoire de voisinage ou à un processus de péritonite oblitérant l'ostium abdominale, que le bacille de Koch soit découvert dans le liquide, que celui-ci soit infectant pour le cobaye, ou bien encore qu'un contrôle histologique démontre des lésions tuberculeuses au contact du liquide séreux.

LÉSIONS OVARIENNES

L'ovaire est beaucoup moins souvent tuberculeux que la trompe.

Dans quelle proportion ? c'est ce que les statistiques nombreuses qui ont été publiées ne peuvent enseigner, pour 2 raisons :

la première est qu'il faut distinguer les lésions para-ovariennes, c'est-à-dire les fausses membranes qui recouvrent l'organe, des lésions ovariennes qui seules devraient être en ligne de compte et ceci est affaire d'histo-pathologie ;

la seconde est que le diagnostic de la tuberculose à l'œil nu est ici sujet à de grandes erreurs, erreurs dans les 2 sens : soit pour croire la glande normale, alors qu'elle est lésée ; soit pour désigner comme tuberculeuses des altérations qui sont de l'évolution normale des tissus ovariens.

Il faudrait donc, pour que les statistiques fussent valables, qu'au cours de chaque exérèse d'annexes tuberculeuses les ovaires eussent été examinés en coupes sériées. Nous ne savons pas que cela ait été fait, sauf, peut être, dans la petite statistique de Cohn (12) qui donne les chiffres de 4 tuberculoses ovariennes sur 6 cas.

Or cette question contrairement à celle de la tuberculose salpingienne est toute d'histo-pathologie.

Ni l'aspect extérieur de l'ovaire, ni l'apparence à l'œil nu des tranches de section, ne renseignent sur le fait de sa tuberculisation, et c'est parce que les tuber-

cules ne marquent pas sur le tissu gris et scléreux. D'autre part les corps jaunes simulent des plages caséuses, tandis que les microkystes constants de la surface et les cicatrices folliculaires se peuvent confondre avec des tubercules miliaires. Mais il y a plus encore : sans étude microscopique il n'est souvent pas possible dans le bloc uniforme de la tuberculose infiltrante de faire le départ de ce qui est l'ovaire, de ce qui est la trompe, de ce qui est le péritoine et ses néo-membranes. De telle sorte que les descriptions macroscopiques restent dans le vague au sujet de la localisation précise des lésions.

L'histo-pathologie est indispensable au diagnostic topographique : elle ne sera pas cependant capable de l'assurer dans tous les cas, tant les dégénérescences et les néoformations tuberculeuses peuvent avoir défiguré les tissus.

Insister sur ces difficultés à limiter et à définir le sujet de la tuberculose ovarienne, c'est faire un peu la critique des travaux qui ont été publiés sous ce titre isolé : l'étude ne peut en être dissociée de celle de la tuberculose annexielle dans son ensemble et dans ce chapitre, nous ne reviendrons pas sur les aspects généraux et sur les évolutions des lésions, les mêmes pour l'ovaire que pour la trompe.

Lésions macroscopiques : Quand l'ovaire est tuberculeux les lésions consistent en granulations ou en abcès. Les premières sont moins fréquemment signalées ; est-ce difficulté de les apercevoir dans le parenchyme gris ? en tous cas dans les bulletins de la Société Anato-

mique, en face de 9 observations d'abcès il n'y en a pas une seule de tuberculose granulique.

Les abcès sont : multiples et en apparence enclos dans une cavité folliculaire ; ou uniques, à paroi irrégulière, portant encore la marque de loges qui se sont réunies ; abcès aréolaires ou enfin uniques à paroi lisse, remplissant toute la glande qui est réduite à une coque scléreuse : c'est l'abcès froid de l'ovaire qui peut atteindre le volume du poing et qui, d'ordinaire, est comparé à un œuf.

Le pus qui y est contenu est lié ou fluide et granuleux, ce peut être aussi de la matière caséuse jaunâtre.

Ces lésions sont bilatérales dans un peu plus de la moitié des cas, dit Guillemain, mais c'est un chiffre basé sur les seuls examens macroscopiques.

Il est plus intéressant de noter qu'il y a très souvent, lorsque la tuberculose ovarienne est unilatérale des lésions scléro-kystiques de l'autre glande.

La tuberculose de l'ovaire est grave et extensive.

Lésions ovariennes isolées : Jusqu'ici nous n'avons envisagé que les cas où les lésions ovariennes coexistaient avec des lésions tubaires. Il peut se rencontrer cependant des cas exceptionnels où l'ovaire est seul tuberculeux. Salen rappelle que Guillemain en a reconnu plusieurs cas, que Jacobs Edmonds l'a admis et que Vautrin a insisté sur son existence.

Etude microscopique : Histologiquement les lésions tuberculeuses sont, dans l'ovaire, peu différentes de ce qu'elles sont ailleurs ; en tous cas elles aboutissent aux mêmes dégénérescences, de sorte que c'est le diagnostic

du siège ovarien, bien plutôt que celui de la tuberculose qui est difficile à résoudre.

Pour Guillemain les premiers nodules siègeraient exclusivement dans la couche ovigène, mais d'après Salen on les trouve aussi dans le stroma, dans les corps jaunes et dans les follicules.

Après cette étude nous voyons que le diagnostic de tuberculose est bien souvent difficile à poser en présence de certaines lésions annexielles. Le laboratoire peut fournir les renseignements indispensables pour instituer un traitement et une hygiène post-opératoire, convenable.

Nous avons vu que l'examen macroscopique est très souvent insuffisant et qu'il faut toujours avoir recours à l'examen microscopique des lésions.

Il est, en effet, très facile de se tromper et de méconnaître une tuberculose annexielle, si l'on se borne à un examen à l'œil nu. On peut croire à des lésions tuberculeuses qui n'existent pas, en présence de certaines lésions, telles que des granulations, par exemple, granulations pseudo-tuberculeuses par corps étrangers, ou petits kystes wolffiens ; ou bien on peut penser à des lésions d'inflammation banale alors qu'il s'agit de tuberculose.

L'examen microscopique doit porter sur de nombreuses coupes, coupes en série, avant d'infirmier un diagnostic de tuberculose ; diagnostic, d'ailleurs, en général facile à faire, vu l'aspect caractéristique des nodules tuberculeux.

Dans certains cas il est nécessaire de compléter l'examen histologique, par la recherche du bacille de Koch

sur les coupes, et par l'inoculation au cobaye des tissus et du pus, suspects, pour avoir une certitude.

Les statistiques concernant la fréquence de la tuberculose par rapport aux autres annexites sont assez probantes, quant à l'utilité de l'examen microscopique de toutes les pièces opératoires.

Martin, Edebohls, Rosthorn, en relèvent de 3 à 5 % ; Hartmann, Bergeret, Remilly, trouvent 28 annexites tuberculeuses sur 1150 annexites opérées, soit 2,5 % (mais, ils reconnaissent que les examens histologiques n'ont pas toujours été faits, et que par conséquent, leur statistique n'a pas une grande valeur).

Par contre :

Penrose et Beyea trouvent 9 annexites tuberculeuses sur 65 cas d'annexites opérées, soit 13,8 %.

Kaarsberg, 28 annexites tuberculeuses sur 289 cas soit 9,7 %.

W. Williams, 7 sur 91 soit 7,6 %.

Lenormant et Moulonguet, 8 cas d'annexite tuberculeuse, sur 75 annexites opérées soit 10,5 % et dans ces statistiques les auteurs se sont astreints à faire, en série les examens histologiques de toutes les pièces opératoires enlevées.

La tuberculose annexielle est donc une affection fréquente lorsqu'elle est recherchée systématiquement et en particulier lorsqu'on fait l'examen histologique des annexites opérées.

OBSERVATIONS

Obs. I. — D^r DESPLAS.

Madame H... Lucienne, 22 ans.

Péritonite à forme fibro-ascitique avec masses annexielles, fièvre oscillante et sueurs, mauvais état général. Poids 69 kg. 100, douleurs abdominales et lombaires.

Traitements antérieurs : 34 séances de rayons ultra-violets, rayons infra-rouges, injections intra-péritonéales d'adrénaline, 20 ponctions évacuatrices depuis 2 ans.

Antécédents personnels : Depuis l'enfance : fatigue, pâleur, mal réglée, règles irrégulières et douloureuses ; mariée, pas d'enfants.

Première intervention : 23 février 1928 sous rachianesthésie. Evacuation d'environ 12 litres de liquide ascitique, granulations, corde épiploïque, nodules sur l'intestin, grosse rate, masses annexielles bilatérales.

Exposition aux rayons ultra-violets pendant 6 minutes à 1 mètre. Prélèvement d'un fragment d'épiploon en vue d'examen microscopique.

Suites : Poussée fébrile, température 39°6. puis chute progressive de la température, normale au bout de 2 mois

et demi, 18 séances de rayons ultra-violets. Amélioration progressive de l'état général, engraissement, disparition des douleurs, pas de reproduction d'ascite.

Deuxième intervention : 24 mai 1928, sous chloroforme. En vue de l'exérèse des masses annexielles : cavité péritonéale sèche, granulations blanches, épaissies, d'aspect cicatriciel, lésions pelviennes scléreuses mais inattaquables.

Exposition aux rayons ultra-violets pendant 10 minutes à 0 m. 60, avec localisateur.

Prélèvement d'un fragment d'épiploon pour examen histologique.

Suites : Simples. Sortie le 15 juin 1928. Poids 61 kg. 500.

Revue le 10 mai 1929 en parfait état général. (Poids 69 kilogrammes) et local (petit bassin souple, utérus mobile, masses annexielles petites, scléreuses non douloureuses).

Revue le 19 février 1930 : Poids 61 kg. 500. Excellent état général apparent. Plus d'ascite, ventre souple, se plaint d'avoir des pertes.

Toucher vaginal : Les lésions utéro-annexielles autrefois absolument immobiles commencent à être mobilisables. Vagino-métrite peu importante.

Revue le 11 février 1931 : Poids 63 kg. Très bon état général.

Règles régulières peu abondantes peu douloureuses. Cicatrice abdominale à réparer.

Troisième intervention : 20 février 1931, sous chloroforme.

Résection de la cicatrice. La cavité péritonéale est rigoureusement libre. L'épiploon, les mésos, la surface du péritoine et de l'intestin ne présentent plus aucune induration, plus aucune adhérence pariétale.

Le petit bassin qui était absolument bloqué est libre, sauf les 2 trompes qui sont adhérentes l'une à l'autre et fixées à la paroi, vestiges péritonéaux d'anciennes adhérences.

Péritoine un peu œdémateux.

Ovaires kystiques et dans les trompes en plusieurs points petits abcès.

Hystérectomie subtotale. Péritonisation. Fermeture sans drainage.

Suites : Très simples, sortie le 14 mars 1931.

Revue le 10 juin 1931 : Très bon état général. Quelques troubles endocriniens. Traitement opothérapique.

Revue le 24 février 1932, en parfait état général.

Examens microscopiques :

1^{re} intervention : Fragment d'épiploon.

Dans un tissu conjonctivo-graisseux avec grosse infiltration lymphocytaire, nombreux follicules tuberculeux avec cellules géantes.

2^e intervention (après exposition au R. U. V.) : Fragment épiploon.

Tissu conjonctivo-graisseux, avec très nombreuses cellules géantes, infiltration de lymphocytes moins marquée qu'à la première opération.

3^e intervention :

1) Ovaires scléro-kystiques sans lésions tuberculeuses.

2) Paroi tubaire détruite par lésions tuberculeuses,

tissu fibreux constituant la paroi de l'abcès avec infiltration lymphocytaire et cellules géantes.

Obs. II. — D^r MOULONGUET.

Mme B..., 26 ans.

Malade entre à l'hôpital pour douleurs irrégulières, évoluant par crises, douleurs abdominales et lombaires et pour pertes qui ont cessé il y a quelque temps. Ménorragies abondantes de sang rouge mêlé de caillots.

Antérieurement règles normales mais assez douloureuses.

Ces accidents ont été précédés d'épisodes infectieux : température à 39° pendant 11 jours, suivie d'un plateau à 38° pendant 3 semaines, puis température à 37°5. Hémoculture négative.

La malade prend un repos de 3 mois, pendant lesquels elle continue à ressentir des douleurs abdominales imprécises.

A l'examen : L'utérus est gros, dévié à gauche, le col dévié à gauche et postérieur.

Au toucher combiné au palper : Masse remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dure, non douloureuse, médiane, déviée à gauche, de consistance liquide.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire infecté.

Opération le 1^{er} juin 1932. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Voile épiploïque. La masse est médio-abdominale.

On voit bien l'utérus : il est enlevé par décollation antérieure, suivie tout de suite de la suture du col ;

mais les annexes ne viennent pas et sont extrêmement adhérentes aux organes abdominaux.

Ponction de la masse : Pus grumeleux d'aspect tuberculeux. D'ailleurs à ce moment les anses grêles se démasquent couvertes de gros tubercules. Le pus coule mal et souille le champ opératoire. Décollement de cette masse d'origine droite en mettant le doigt dedans. On sépare ainsi plusieurs anses très adhérentes.

Ablation des annexes gauches qui présentent un gros nodule adhérent à l'épiploon.

Mickuliez sous l'épiploon rabattu. Paroi en un plan.

Pièce ouverte : Le gros abcès est-il salpingien ou ovarien ? il peut être mis en évidence un aspect, comme dans les kystes tubo-ovariens, des franges tubaires dans la paroi interne de l'abcès. Mais la netteté de la poche fait rejeter le diagnostic d'ascite suppurée enkystée.

Examen microscopique : A côté d'une paroi tubaire en partie détruite par l'inflammation tuberculeuse on aperçoit un tissu fibreux et scléreux constituant la paroi de la poche, mais il est impossible de dire de quelle origine est cette paroi.

Le tout est très infiltré de lymphocytes et il y a de très nombreuses cellules géantes.

Obs. III. — D^r MOULONGUET.

Mme Ch..., 41 ans.

Histoire clinique : Depuis quelque temps, pesanteur dans le bas-ventre, douleurs à l'occasion d'efforts.

Brusquement il y a 8 jours, douleurs violentes dans la région pelvienne sans localisation très précise.

En même temps : Frissons, sueurs, température élevée à 39°6. La température persiste les jours suivants et la douleur se localise nettement à gauche, au-dessus du pli de l'aîne. Elle irradie dans toute la cuisse droite qui est immobilisée.

A l'examen : tuméfaction siégeant à gauche, au-dessus du pli de l'aîne sans modification des téguments.

A la palpation : tuméfaction, dure, douloureuse, immobile.

Toucher vaginal : dans le cul-de-sac gauche, tuméfaction dure qui paraît correspondre au pôle inférieur de celle que l'on perçoit par la palpation abdominale. On réveille à ce niveau une légère douleur.

Antécédents génitaux : aucun. Il ne semble donc pas qu'il s'agisse d'une infection génitale, d'un phlegmon du ligament large notamment.

Le 27 janvier 1929 : Ouverture d'un abcès iliaque fétide semblant être d'origine intestinale.

Radiographie : On vérifie que l'appendice est à droite.

Sigmoïde perméable, légèrement spasmé, mais sans image anormale.

La malade guérit, sans que disparaisse la tuméfaction pelvienne gauche.

Elle sort le 8 mars 1929, avec une petite fistule.

Elle revient à l'hôpital, à la fin de mars. Il y a de la rétention au niveau de l'abcès iliaque qui se draine mal. Œdème de voisinage. On pense à un phlegmon du ligament large, drainé au plafond et on se propose de contre-inciser au niveau du ligament large. En effet on sent une induration importante à ce niveau.

Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle : exploration de l'abcès au doigt. Il est impossible d'aller sur le pelvis. C'est un abcès abdomino-iliaque. Drain.

Les phénomènes locaux disparaissent mais le ventre reste ballonné et la malade, malgré qu'elle ait des évacuation de temps en temps, est en subocclusion.

Le 5 avril 1929 : Occlusion très nette avec vomissements fécaloïdes et poulx misérable. Facies très mauvais. Etat qui s'est établi en une nuit. Ondulations péristaltiques sur le grêle.

Opération d'urgence le 5 avril 1929. Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie iliaque gauche au dedans de l'incision d'abcès, avec le diagnostic de diverticulite possible.

En effet, l'intestin grêle est coudé en canon de fusil, adhérent derrière le ligament large gauche. A ce niveau en décollant on ouvre l'intestin qui porte une insertion diverticulaire.

Suture en bourse, puis surjet séreux, transversal au fil de lin.

L'intestin est moyennement distendu, un peu rouge. Drain et mèches.

Suites assez inquiétantes. Sérum salé hypertonique.

L'occlusion cède mais une suppuration profuse du foyer fait lâcher les sutures et la paroi est très mauvaise.

Il subsiste 2 fistules, une dans la cicatrice, une dans l'incision inguino-iliaque, toutes 2 pyostercorales.

On attend 4 mois 1/2. Etat général un peu meilleur.

Le 17 août 1929. Anesthésie à l'éther.

Incision médiane. Libération difficile des anses grêles

qui sont extrêmement adhérentes entre elles, beaucoup moins à la paroi éventrée. Il faut péritoniser 2 points et fermer une perforation (suture 2 plans transversaux).

Appendice aperçu sain.

On aborde alors le foyer pelvien, il y a nettement une salpingite bilatérale. Hystérectomie de droite à gauche, le côté droit étant beaucoup moins adhérent. La libération du côté gauche est aisée d'avec le sigmoïde, mais elle est très difficile avec un point plicaturé du rectum, où il se fait une perforation. Suture à 2 plans transversaux (le plan profond à points incurvés.)

L'hystérectomie achevée le pelvis paraît net, sauf dans la paroi latérale gauche au niveau du foyer inguino-iliaque fistuleux.

Drain vaginal. Mèche pelvienne.

Paroi rapide en 1 plan.

Une cure de l'éventration sera indispensable.

En terminant curettage de l'abcès iliaque très fongueux.

Drain.

Pièce : Salpingite bilatérale. Trompes closes. Les 2 côtés montrant des lésions identiques ; au 1/3 externe un segment dur, gros comme un crayon, lobulé à la coupe tandis que les 2/3 internes sont normaux.

Ovaires polykystiques.

Utérus normal.

Histologie : Tuberculose folliculaire de la trompe.

Suites assez bonnes mais la fistule iliaque ne se ferme pas.

Il y a même des épisodes de rétention et l'on songe à faire une contre ouverture au niveau des adducteurs.

La malade quitte l'hôpital.

Elle revient en décembre 1929 : La fistule est peu de chose.

Etat général très bon. Eventration.

En novembre 1932. Très bon état général. La fistule est tarie. Toucher vaginal : pelvis très souple. L'éventration doit être opérée prochainement.

Obs. IV. — D^r CHEVRIER.

Mlle B... Augustine, 15 ans.

Opération le 3 novembre 1924 : anesthésie générale au chloroforme.

Incision médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture de l'abdomen on constate sur le péritoine pariétal des nodules d'aspect nettement tuberculeux.

Dans le petit bassin tous les organes sont noyés dans un magma fongo-caséeux dans lequel il est impossible de reconnaître au premier abord les différents viscères.

On ouvre entre la paroi postérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum une poche qui laisse sourdre par un petit orifice du pus blanchâtre grumeleux, mal lié, qui s'écoule en abondance.

Libération de la face antérieure de l'utérus, puis du côté droit où le pédicule utéro-ovarien est reconnu et lié avec une facilité relative. Du côté gauche l'opération est plus délicate. On parvient cependant à pincer les utérines et à faire une hystérectomie subtotal.

La libération de la face postérieure de l'utérus est rendue particulièrement difficile de par la présence du



FIG. 1. — *Salpingite tuberculeuse chronique*

Follicules tuberculeux avec cellules géantes
On voit encore ici quelques fragments de muqueuse épithéliale conservée.



FIG. 2. — *Abcès froid tubaire*

Destruction complète de la muqueuse tubaire.
Tissu fibreux avec nodules tuberculeux

gros abcès précédemment mentionné et de la difficulté que l'on éprouve pour repérer le rectum. Aussi, afin de ne pas ouvrir ce dernier organe est-on obligé d'inciser les parois de l'abcès froid, de laisser après hystérectomie la partie postérieure de l'acès adhérent en arrière à ce qui paraît être la masse intestinale.

Suture de la paroi en 2 plans après Mickulicz à la gaze iodoformée.

Examen de la pièce opératoire :

Utérus atrophie de dimensions très réduites présentant sur sa muqueuse un petit nodule blanchâtre dont l'aspect rappelle les granulations tuberculeuses que l'on trouve sur le péritoine. Les trompes et les masses sont noyées dans un tissu lardacé et présentant par place des nodules fongo-caséux. Volumineux abcès froid développé entre l'utérus et le rectum.

Examens histologiques : Sur tous les fragments examinés, impossibilité de faire un diagnostic d'organe. Lésions tuberculeuses types, avec gros amas caséux et très nombreuses cellules géantes.

CONCLUSIONS

1. La tuberculose annexielle est la plus fréquente des tuberculoses génitales de la femme.

Elle est très exceptionnellement primitive, c'est-à-dire seul foyer tuberculeux de l'organisme, mais cliniquement elle évolue souvent comme le foyer principal : le seul foyer en évolution, celui qui menace la vie, d'où son intérêt chirurgical.

Elle survient, en général, chez une femme jeune, ayant présenté dans son enfance de petits signes d'imprégnation tuberculeuse et chez laquelle on retrouve, souvent, une infection génitale banale déclanchant la tuberculose annexielle évolutive.

2. Nous distinguerons 2 formes typiques :

1° *La péritonite ascitique avec lésions discrètes de tuberculose salpingienne ;*

2° *La tuberculose infiltrée, grave, des annexes avec réaction plastique inflammatoire ou tuberculeuse de la séreuse de voisinage.*

3. Dans le 1^{er} cas, c'est la tuberculose miliaire péritonéale et c'est l'ascite, qui dominant le tableau. On note

des granulations très abondantes sur la séreuse pelvienne et en particulier la présence de tubercules sur la trompe.

Les nodules apparaissant dans le chorion muqueux de la trompe, le péritoine ne serait envahi que secondairement.

4. Dans le 2^e cas, il s'agit d'une tuberculose pelvienne qui frappe d'abord la trompe et produit à son voisinage des lésions de périsalpingite, pelvipéritonite, ovarite. L'infiltration tuberculeuse est inflammatoire, ulcéreuse, extensive et caséuse.

Nous signalerons :

a) *La salpingite catarrhale* (lésions miliaires sans ascite) ;

b) *La salpingite parenchymateuse* (lésions du type adulte) caractérisée par l'épaississement considérable de la paroi ;

c) *Les papillomes de la trompe* (lésions discrètes) productions papillomateuses secondaires de la muqueuse ;

d) Enfin *le pyosalpinx*, forme habituelle de cette tuberculose purulente annexielle, réalisé par la fermeture de la trompe, c'est l'infiltration tuberculeuse typique avec destruction des organes envahis, lésions bilatérales des annexes, granulations tuberculeuses, collections péritonéales, adhérences.

5. Nous citerons encore, à côté de ces deux grandes formes typiques :

a) *L'abcès froid tubaire*, volumineuse collection puru-

lente, non adhérente. Tuberculose bénigne, bilatérale, non extensive ;

b) *L'hydrosalpinx*, où il est nécessaire d'inoculer un cobaye et de faire une recherche de B. K.

c) *Les lésions ovariennes*, presque toujours associées, très rarement isolées. Lorsque l'ovaire est tuberculeux, il s'agit d'une tuberculose abcédée avec lésions bilatérales. C'est une tuberculose grave et extensive.

6. Les examens de laboratoire (examens histologiques, examens bactériologiques, inoculations aux cobayes) sont d'un intérêt capital lorsqu'on soupçonne être en présence d'une annexite tuberculeuse.

L'examen des lésions, à l'œil nu, étant souvent insuffisant pour porter le diagnostic de tuberculose génitale, les résultats de ces examens seront le meilleur guide pour instituer une thérapeutique et une hygiène post-opératoire, convenables.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. — Absès froid tubaire (*Lyon chirurgical*, 1^{er} novembre 1908, t. I, n° 1).

AUVRAY. — Bulletin Société Anatomique 1904, p. 832.

BARBANTI-SILVA. — Tuberculose massive de l'ovaire (*Bulletin Soc. Méd. Chir. di Modena*, 1908, t. XXIX, p. 67-86).

BAUMGARTNER et BARDON. — Tuberculose annexielle, (*Journal de Médecine*, avril 1921, t. II, p. 551).

CABOT. — Tuberculose péritonéale et tubaire (*New. Engl. méd.*, 16 mai 1929, t. CC., p. 1048-1051).

CHEVRIER et DELVAL. — Bulletin Société Anatomique, 1910, p. 589.

COHN. — Arch. Gyn. 1912, p. 497, d'après Journal de Chirurgie, t. VIII, 1912, p. 737.

CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites et des salpingites, Paris 1889, p. 91.

FEUILLADE. — La tuberculose génitale dans ses rapports avec la puerpéralité (*Thèse de Nancy*, 1924, n° 268).

FORGUE, ROUX et MILHAUD. — Tuberculose utéro-annexielle. Considérations anatomiques et pathologiques (*Montpellier Médical*, 1922, t. XLIV, p. 10-14).

FRIST. — Tuberculose des trompes avec proliférations adénomateuses de la muqueuse tubaire (*Arch. für Gynäck*, 1921, t. CXIV, p. 393-400).

GUILLEMAIN. — Tuberculose de l'ovaire (*Revue de Chirurgie*, 1894, t. XIV, p. 981).

GOROWITZ. — Thèse de Paris, 1900.

H. HARTMANN, BERGERET, REMILLY. — Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne (*Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. II, n° 1, p. 3-21).

KAPKA. — Tuberculose annexielle, 1920, t. CXIII (*Arch. für Gynäck*, p. 490).

LECÈNE et MOULONGUET. — Annales d'Anatomie pathologique, t. III, n° 8, novembre 1926.

LENORMANT. — La tuberculose génitale de la femme (*Progrès médical*, 1909, n° 13, p. 165 et *Gazette de gynécologie*, 109, p. 177).

LENORMANT et MOULONGUET. — Contribution à l'étude de la tuberculose des annexes de l'utérus (*Gynécologie et obstétrique*, avril 1920, t. II, p. 396-423).

LEGUEU et VERLIAU. — La gynécologie, 1911, p. 402.

MAUCLAIRE et WEINBERG. — Bulletin Société anatomique, 1902, p. 505.

PHILIPPE. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle (*Thèse de Lille*, 1926, n° 10, t. IV).

PONCET et LERICHE. — Lyon chirurgical, 1^{er} janvier 1914, t. XI, p. 1.

RIVES. — Thèse Montpellier, 1909-1910, n° 10.

SALEN. — Formes anatomiques de la tuberculose annexielle (*Marseille Médical*, 15 septembre 1925, t. II, p. 1148-1491).

TÉDÉNAT et ROMANT. — Province médicale, 1909, n° 6, p. 57.

WEECHLHOUSE. — Tuberculose primitive de l'ovaire (*Méd. Contemp.*, 16 novembre 1930, t. XLVIII, p. 405-407).

1932. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
